FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910 — THÈSE — N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André BAILLY

LE PURPURA CHRONIQUE

DE L'ANGIO-SCLÉROSE

Président : M. GAUCHER, *professeur.*

PARIS
IMPRIMERIE ESPÉRANTISTE V. POLGAR
33, Rue Lacépède, 33
—
1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	G. BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	de LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD Ribemont-Dessaignes
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, devront être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR SCHWARTZ, Chirurgien de l'Hôpital Cochin,

M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD, Médecin de l'Hôpital Cochin,

M. LE PROFESSEUR RECLUS, Chirurgien de l'Hôpital de l'Hôtel-Dieu,

M. LE PROFESSEUR LANDOUZY, Médecin de l'Hôpital Laënnec,

M. LE PROFESSEUR BAR, Accoucheur à la Clinique Tournier,

M. LE PROFESSEUR GAUCHER, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,

M. LE DOCTEUR WALTHER, Professeur agrégé, Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié,

M. EE DOCTEUR FAISANS, Médecin de l'Hôpital de l'Hôtel-Dieu,

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ERNEST GAUCHER

Professeur de Clinique des Maladies cutanées
et syphilitiques
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

Avant d'étudier la forme de purpura qui fait le sujet de notre thèse, « purpura chronique de l'angiosclérose », nous devons faire une description clinique du purpura en général, tracer les deux grandes divisions de ce syndrôme, où, dans l'une d'elle, nous verrons se classer naturellement la variété qui nous intéresse. Puis, après avoir décrit cette variété, qu'illustreront quelques observations, nous parlerons de sa pathogénie et des modifications du sang épanché.

Nous dirons ensuite quelques mots du traitement.

DES HÉMORRAGIES CUTANÉES

On désigne sous le nom de purpura, d'une manière générale, les hémorragies de la peau.

Ce n'est pas une maladie, mais un syndrôme, un symptôme commun à un grand nombre d'états pathologiques divers.

On donne le plus communément le nom de *pétéchies* aux taches rouges constituant l'éruption purpurique. Quelquefois, ces taches sont punctiformes, plus souvent lenticulaires, parfois un peu plus larges.

Plus larges encore, on leur donne le nom « d'*ecchymoses spontanées* » et alors elles peuvent être de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, et plus. Leur coloration tire entre le rouge vif et le rouge bleuâtre. Ces teintes primitives ne tardent pas à passer par toutes les nuances successives de l'ecchymose traumatique, brune, bleue, verte, puis jaune, pour s'effacer tout à fait. Il y a transformation de la matière colorante du sang et résorption du sang épanché. Leur principal caractère est de ne pas s'effacer par la pression du doigt.

Les pétéchies peuvent se rencontrer sur tous les points du corps, mais s'observent surtout aux mem-

bres inférieurs, à la face antéro-interne des jambes. Le nombre de ces taches est quelquefois très grand. Le purpura est confluent. Le plus souvent, l'éruption est discrète et limitée aux jambes.

L'éruption préside par poussées successives et l'on peut trouver ainsi sur le même sujet des taches à leurs divers degrés d'évolution. Les taches nouvelles se mêlent aux taches anciennes, s'en différenciant par des teintes plus marquées, plus vives.

Le purpura peut coïncider parfois avec d'autres éruptions cutanées, telles que l'érythème polymorphe, l'urticaire, mais nous n'avons pas à entrer ici dans le diagnostic différentiel de ces diverses affections.

Nous ne parlerons pas non plus des deux formes très distinctes du *purpura hemorrhagica* et du *purpura simplex*, où la quantité de sang épanché est le grand caractère distinctif, et nous quitterons de suite la morphologie du symptôme purpura pour aborder la classification sémeiologique des principales causes de ce syndrôme.

On divise actuellement les purpuras en *secondaires* et en *primitifs*.

Les *purpuras secondaires*, comme leur dénomination le montre, sont des purpuras symptomatiques se présentant comme manifestation secondaire d'un autre état pathologique important. Dans les purpuras primitifs, la lésion cutanée est le phénomène principal.

Nous passerons rapidement en revue les principaux purpuras dits primitifs et les secondaires, comprenant les hémorragies cutanées symptomatiques, pour en arriver à l'objet de notre étude, au purpura secondaire, dit de « *l'angiosclérose* ».

Il y a trois types de purpuras primitifs :

1° Le purpura rhumatismal ;

2° Le purpura infectieux primitif ;

3° La maladie de Werlhof.

Le premier s'accompagne de déterminations articulaires et a, de l'avis de M. le professeur Gaucher, « des liens de parenté étroits avec le rhumatisme articulaire aigu ».

Ce purpura, le plus souvent un « *purpura simplex* » sans hémorragies des muqueuses, est précédé de phénomènes généraux tels que douleurs épigastriques, anorexie, diarrhée et, parfois, des vomissements.

Les manifestations articulaires sont ordinairement localisées aux genoux et aux cous de pied. Ce purpura rhumatismal a une évolution irrégulière et se développe par poussées successives.

L'autre type, dit *purpura infectieux*, assez rare, comporte trois formes : une forme *typhoïde*, présentant des phénomènes généraux d'apparence typhoïde avec pétéchies, ecchymoses et hémorragies multiples, et dont le pronostic est très grave ; une forme *suraiguë* à évolution foudroyante ; une forme pseudo-rhumatismale à allures plus lentes, se rapprochant du purpura rhumatismal avec des

hémorragies plus abondantes et des phénomènes généraux plus intenses.

Quant à la *maladie de Werlhof*, du nom de l'auteur qui l'a décrite le premier, c'est un purpura hémorragique, le plus souvent apyrétique et bénin, se développant spontanément sans cause connue et débutant par des hémorragies gingivales ou des épistaxis, qui se prolongent par des hémorragies cutanées sur tout le corps. La production d'hémorragies internes est la règle. On trouve du sang dans les selles et les vomissements.

L'autre classe, dite des purpuras secondaires, est beaucoup plus vaste.

On doit y rattacher d'abord les taches purpuriques de cause externe, telles que piqûres d'insectes, piqûres d'orties, etc.

Puis vient le « *piqueté hémorragique* », qu'on observe dans *certaines dermatoses congestives* et *inflammatoires*, eczémas, psoriasis, syphilis, devenant facilement hémorragiques.

Les purpuras d'origine nerveuse se rencontrent dans les myélites et l'ataxie locomotrice, dans les névrites, dans l'hystérie, et sont sous la dépendance des vaso-moteurs du système nerveux.

Les *maladies infectieuses* tiennent peut-être la première place dans l'apport de ces purpuras dits *secondaires*. Les fièvres éruptives, la rougeole, la scarlatine et surtout la variole s'accompagnent parfois de rashs hémorragiques, apportant ainsi un caractère de gravité tout spécial à ces affections.

Dans la typhoïde, la diphtérie, la tuberculose aiguë, on observe assez fréquemment des hémorragies cutanées.

Autres causes du purpura sont les septicémies et les pyémies, la fièvre jaune, la fièvre palustre dans ses formes pernicieuses. On pourrait encore continuer cette liste d'infections hémorragipares. Nous pouvons dire, en résumé, que les pétéchies peuvent se montrer dans tous les états infectieux.

Vient ensuite la classe des purpuras toxiques, dont le type est le *purpura iodique*, où l'idiosyncrasie doit surtout entrer en ligne de compte. Le chloral, la quinine, l'arsenic, le copahu, le phosphore, enfin l'alcool peuvent déterminer de même des purpuras *toxi-infectieux*.

Il est, de plus, deux maladies dans lesquelles le purpura est si fréquent qu'il constitue leur principal phénomène ; c'est l'hémophilie et le scorbut.

Enfin, il est toute une classe de purpuras secondaires, dénommés *purpuras cachectiques*, sortant des cadres précédents, et symptomatiques justement de maladies dont le caractère commun est d'être *cachectisantes*.

Dans les maladies du cœur et dans les phlébites, dans les maladies de la rate, dans la leucocythémie et la lymphadénie, l'anémie pernicieuse, dans la pellagre et la cachexie palustre, des hémorragies cutanées se montrent, dont la pathogénie est complexe.

Et nous arrivons enfin, avec le purpura sénile,

qui semble s'en rapprocher beaucoup, à cette forme très particulière de purpura que M. le professeur Gaucher a décrit pour la première fois dans le *Traité des Maladies de la Peau* (t. II, 1898) et qu'il a dénommé « purpura de l'angiosclérose ».

On nous pardonnera cette longue digression sur la classification des purpuras, qui est la classification normale à peu près reconnue par tous et sans laquelle aurait paru aride l'étude d'emblée du purpura angioscléreux.

DU PURPURA
DE L'ANGIO-SCLÉROSE

Cette variété de *purpura chronique* siège aux membres inférieurs, et M. le professeur Gaucher l'attribue à la sclérose vasculaire. Nous ne saurions, d'ailleurs, mieux faire que de rapporter intégralement la description qu'il en a primitivement faite :

« Ce purpura est constitué par une teinte diffuse, brunâtre plutôt que rouge, occupant parfois toute la circonférence du membre et entourée d'éléments punctiformes ou lenticulaires de la même couleur. Cette coloration brunâtre ou d'un rouge jaunâtre est persistante et due très manifestement à un suffusion sanguine. Le sang épanché, par ses transformations, donne lieu à une sorte de pigmentation cutanée particulière, permanente, d'une durée indéfinie. »

Cette affection est relativement fréquente.

Pendant un certain temps, on n'avait observé ce purpura chronique qu'aux membres inférieurs, où sa présence s'expliquait bien par la stase sanguine résultant de la pesanteur qui rend plus facile la rupture des petits vaisseaux dégénérés et friables, mais on a observé depuis que ce purpura pouvait se généraliser.

C'est ainsi que le tronc, les membres supérieurs peuvent, à leur tour, être plus ou moins envahis par ces suffusions sanguines, mais toujours le purpura a débuté par les jambes.

Dans les premiers cas présentés, il s'agissait d'une éruption purpurique chronique, constituée lentement, par poussées successives et dont les taches, se fondant les unes avec autres, finissaient par donner de vastes placards brunâtres. Ceux-ci, au début de la poussée, présentent d'abord une coloration rouge vif, puis, le sang épanché subit des modifications, et ces placards prennent alors l'aspect de macules pigmentées brunes indélébiles.

La cause déterminante de ces suffusions sanguines est la rupture des capillaires sclérosés. Aussi, le processus morbide ne peut-il être attribué ni à l'artériosclérose, ni à la phlébosclérose en particulier. C'est à la sclérose des petits vaisseaux terminaux ou des capillaires dermiques qu'appartient cette manifestation cutanée.

Il semble qu'avant de donner quelques considérations sur la pathogénie de ce purpura de l'angiosclérose, pathogénie qui, en somme, crée cette variété spéciale dans les hémorragies cutanées, nous devons ici présenter les observations qui ont été recueillies et dont trois, entre les principales, ont été déjà publiées en leur temps respectif.

Bien que la description du purpura chronique de l'angiosclérose date de l'année 1898, la première observation très détaillée ne fut rapportée qu'en

1901, par MM. Gaucher et Lacapère, dans la *Société médicale des hôpitaux*. Une seconde fut rapportée en 1903 par MM. Gaucher et Joltrain, dans le *Journal de médecine interne*, et enfin tout dernièrement MM. Gaucher et Flurin présentèrent un nouveau cas très intéressant à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.

Ce sont ces trois principaux cas que nous relèverons, en y ajoutant quelques autres cas moins typiques, mais dont l'ensemble nous donnera une idée suffisante de cette affection à la pathogénie très particulière.

OBSERVATION I

GAUCHER et LACAPÈRE, 26 avril 1901.
(Société Médicale des Hôpitaux)

K... (Joseph) entre le 10 février 1901 dans notre service de l'hôpital Saint-Antoine. C'est un homme de cinquante-deux ans, exerçant le métier de déménageur. Nous ne relevons rien de notable dans ses antécédents morbides, sinon des symptômes manifestes d'alcoolisme chronique. Cet homme est atteint, depuis longtemps déjà, d'une éruption caractérisée par des taches brun clair à contour irrégulier, ne disparaissant pas à la pression du doigt et occupant tout le tégument, mais prédominant aux membres inférieurs. Cette éruption s'accompagne de légères démangeaisons.

Le début de l'affection remonte fort loin. Dès 1876, le malade constatait aux deux jambes la présence de varices assez volumineuses et aurait présenté vers cette époque un large ulcère de la partie inférieure interne de la jambe droite, provoquée par une violente contusion. C'est quatre ans plus tard, en 1880, qu'apparut l'éruption, constituée par de petites taches brunâtres, arrondies, du diamètre d'une lentille environ. Ces taches, localisées aux jambes, restaient indolentes pendant toute la journée, malgré la fatigue occasionnée par la profession du malade ; mais le soir, elles devenaient le siège d'un vif prurit, manifestement exaspéré par la chaleur du lit. Il y a un an environ, l'éruption se généralisait en procédant de bas en haut, envahissant successivement les cuisses, l'abdomen, les flancs, le thorax et les épaules.

Actuellement, on constate, aux deux jambes, des varices, particulièrement saillantes du côté droit, où elles forment de gros cordons flexueux tout autour de la jambe, et un peloton volumineux à la partie interne du genou. Du même côté, la peau de la partie inférieure et interne de la jambe, fortement pigmentée et amincie, montre la cicatrice de l'ulcère dont nous avons déjà parlé.

Sur les cuisses, on constate quelques veinosités d'un rouge violacé, situées sur les parties externe, interne et postérieure du membre, mais faisant absolument défaut à la face antérieure de la cuisse et du genou.

On en constate de même quelques-unes sur les fesses, le thorax, les épaules et la partie inférieure des bras. Quant à l'éruption, elle présente des caractères un peu différents, suivant les points du corps où on la considère. Sur les jambes, où elle à débuté, elle est constituée par de larges plaques brunes, à contour irrégulier ou policyclique, se réunissant les unes aux autres, en laissant quelques intervalles de peau saine, où l'on rencontre par places de petites taches de même couleur, encore isolées et présentant une forme arrondie. Ces plaques, fortement pigmentées, rappellent assez exactement la couleur de la cicatrice de l'ulcère, qui siège à la jambe droite. Elles ne présentent à leur surface ni croûtes, ni squames, ne font aucune saillie au-dessus de la peau, qui ne montre, à ce niveau, aucune infiltration, aucun épaississement. Enfin, elles sont le siège d'un léger prurit strictement limité aux surfaces pigmentées. Un des caractères importants de cette éruption est la persistance de la coloration malgré la pression du doigt, au niveau des plaques. Ceci montre qu'il y a là plus qu'un simple hyperhémie locale, qu'il existe un dépôt sanguin dans l'épaisseur même du tégument.

Le pied présente sur sa face dorsale quelques taches isolées. La face plantaire est complètement indemne.

Aux cuisses, les plaques, un peu moins colorées, sont également très confluentes en dedans, en de-

hors et en arrière. Elles manquent complètement à la partie antérieure ainsi qu'aux genoux.

Sur le tronc, les taches, d'un rouge jaunâtre, se localisent à l'hypogastre, aux flancs, aux portions postérieures et latérales du thorax, ainsi qu'aux jambes. On constate encore leur présence sur les épaules, au niveau des omoplates, sur la région deltoïdienne et à la partie supérieure des bras. Elles font défaut à la partie supérieure du cou, au thorax et à la face.

La vue d'ensemble de ces plaques pigmentées montre que la coloration s'atténue d'autant plus que l'on observe un point de tégument plus rapproché de la tête. L'étendue de ces plaques diminue de même de bas en haut : confluentes encore au niveau de l'hypogastre et des reins, elles se présentent aux épaules et sur les bras comme des taches de petite dimension, séparées par des espaces relativement considérables de peau saine. De même aussi, le prurit est beaucoup plus vif aux épaules qu'aux parties supérieures du corps. Cela s'explique aisément : les premières taches purpuriques se sont localisées aux jambes ; les poussées éruptives ultérieures, en même temps qu'elles s'étendaient sur le haut du corps, atteignaient de nouveau les membres inférieurs, et à mesure que les poussées purpuriques se superposaient en un même endroit, les taches pigmentaires, vestiges de ces poussées, s'étendaient en se confondant les unes avec les autres, prenaient une teinte de plus

en plus foncée, présentaient des symptômes réactionnels de plus en plus vifs. La distribution des taches est calquée sur celle des varices ou des varicosités cutanées ; aux endroits où ces dernières font défaut, les plaques pigmentées manquent complètement.

Quant à la nature de ces plaques, elle est facile à déterminer. Il est manifeste que les taches sont dues à un dépôt pigmentaire formé par la transformation sur place des globules rouges issus des capillaires dermiques sclérosés et rompus.

La répétition de ces hémorragies capillaires explique la durée indéfinie de la pigmentation et justifie la démonstration de purpura chronique que nous avons donnée à cette affection.

Chez ce malade, en effet, nous assistons à l'une de ces poussées purpuriques qui constituent la première étape de la lésion.

Le 25 mars au matin, six semaines après l'entrée du malade à l'hôpital, nous constatons une poussée de taches purpuriques récentes, apparues spontanément, sans aucun phénomène réactionnel, sans aucun symptôme fonctionnel.

Ces taches, clairsemées, éparses sur toute la surface du corps, du diamètre d'une lentille environ, se montrent constituées quand on les examine de près, par un fin piqueté hémorragique et non par une tache purpurique compacte, analogue à celle du purpura simplex péripilaire. Elles siègent soit sur les espaces de peau saine, soit sur l'empla-

cement même des taches pigmentaires anciennes, auxquelles elles se superposent.

Dès le lendemain, la couleur de ces taches s'atténue, tirant sur le rouge jaunâtre ; leur apparition n'a été que le premier stade de la lésion. Ces taches rouges font place à des taches pigmentaires, qui s'identifient absolument avec l'éruption ancienne.

OBSERVATION II

GAUCHER et JOLTRAIN, 10 octobre 1909.

(Journal de Médecine interne.)

C... (Eugène), âgé de soixante-neuf ans, marchand de journaux, et obligé, par suite, de rester continuellement dans la station debout, entre à l'hôpital le 6 mai 1909, pour une éruption purpurique généralisée à tout le corps et surtout marquée aux membres inférieurs, où elle se complique d'une légère poussée d'eczéma.

Sans pouvoir donner de renseignements très précis sur le mode de début de son affection, le malade nous déclare qu'il y a déjà dix ans qu'il s'est aperçu, pour la première fois, d'une plaque couleur lie de vin siégeant à la face interne de la jambe droite. Ce n'est que lentement et par poussées successives que l'évolution s'est faite.

Longtemps localisé, le purpura s'est étendu à toute la jambe, puis à celle du côté opposé il y a

un an environ. Ce n'est que dans ces derniers temps qu'il eut une poussée de recrudescence plus violente que les fois précédentes.

Les taches purpuriques, rouges, s'étendirent à la région lombo-sacrée et à l'abdomen, sous forme de véritables placards, avec quelques éléments isolés sur le thorax et les bras.

Comme cette éruption, du moins au début, ne causait ni prurit, ni douleur, le malade est venu tardivement consulter. On ne note aucun fait particulier dans ses antécédents ; il croit seulement se rappeler que son père avait eu des phénomènes analogues. Il n'a lui-même jamais eu de maladies, il ne paraît pas avoir eu la syphilis ; son état général depuis le début de son affection a toujours été excellent.

Dès qu'on découvre le malade, l'attention est attirée par une éruption purpurique généralisée, surtout intense aux membres inférieurs et à l'hypogastre. Elle est constituée par de grandes taches confluentes remontant jusqu'à mi-cuisse. Il y a, de plus, sur la jambe droite, une poussée légère d'eczéma. Le contour des placards est irrégulier. Il y a entre eux des intervalles de peau saine qui sont plus sensibles au fur et à mesure qu'on s'élève. Sur l'abdomen, le thorax et les bras, on rencontre de très nombreuses télangiectasies, mode habituel de début de chaque poussée nouvelle, et quelques taches petites et rouge vif, véritables pétéchies, fait qui est commun aux ecchymoses, aux hématuries

et à toutes les hémorragies hyperdermiques et cutanées.

Ce qu'il est intéressant de noter ici, c'est la gamme de teintes différentes par laquelle passent ces taches aux divers stades de leur évolution. Chaque fois qu'un élément tend à disparaître, il devient plus sombre, surtout à la périphérie, nettement jaune, et enfin laisse à sa place une pigmentation brune et persistante. Il s'écoule un temps très long avant sa disparition complète.

L'application d'une eau sédative pour calmer les douleurs avait déterminé chez ce malade une ulcération qui devait avoir l'aspect de l'ulcère variqueux et dont la cicatrice qui fut lente à se produire est très pigmentée à son entrée à l'hôpital.

Si on examine plus attentivement ce malade qui a soixante-neuf ans, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'on se trouve en présence d'un scléreux. Les temporales sont sinueuses, les radicales un peu dures et serpentines.

L'auscultation du cœur montre à l'orifice aortique un deuxième bruit clangoreux, et, à la base, une ébauche assez nette de bruit de galop. A la percussion, le cœur paraît hypertrophié et l'aorte un peu augmentée dans son diamètre transversal, sans qu'on puisse, d'ailleurs, déceler aucun signe d'ectasie. La respiration est régulière et normale et l'on ne trouve aucun signe pulmonaire. Le pouls est régulier, mais un peu dur et bondissant. Le nombre des pulsations est de 110 par minute.

Sous les placrds éruptifs du membre inférieur, on sent quelques dilatations veineuses, et il y a un léger œdème des membres inférieurs.

Il s'agit nettement d'une hypertermose. La pression artérielle prise avec le sphigmomanomètre Potain est à 20 environ.

Le malade accuse quelques signes de brightisme. Il est sujet aux céphalées, aux crampes, aux vertiges et a souvent la sensation du doigt mort.

Dans les urines, il y a, le jour de l'entrée, une petite quantité d'albumine qui disparaît rapidement. On trouve de l'urobiline en assez grande quantité, mais il n'y a pas trace de pigments biliaires.

Les premiers jours de séjour dans notre service, l'éruption a considérablement pâli, bien qu'il reste des taches très marquées. Mais, il a, au bout de 15 jours environ et sans cause apparente, une recrudescence des phénomènes, avec nouvelles taches purpuriques d'un rouge intense et qui, à leur tour, disparaissent rapidement en laissant cependant, sur toute la surface du corps, de nombreuses télangiectasies et, par places, une pigmentation brune des plus nettes. La pression du doigt laisse persister la coloration, et le moindre frottement crée des taches purpuriques nouvelles, comme si les capillaires dilatés et fragiles venaient subitement à se briser au moindre traumatisme.

Les réflexes sont normaux, ainsi que la sensibilité, et il n'y a aucun symptôme pathologique dans le domaine du système nerveux.

On ne trouve, ni à l'origine des accidents actuels, ni dans le passé du malade, aucune infection ou intoxication. Enfin, il n'est pas éthylique.

Il ne porte aucun stigmate de bacillose locale. Une intradermoréaction à la tuberculine est négative. Cette recherche était intéressante dans ce cas, car certains auteurs attribuent au purpura une origine tuberculeuse.

L'abdomen est souple et sans ascite ; la rate n'est pas percutable. Le foie, de dimensions normales, n'est pas douloureux à la pression. Le malade n'a aucun passé hépatique, et la recherche des signes d'insuffisance hépatique se montre négative.

L'élimination du bleu de méthylène est normale. L'épreuve de la glycosurie alimentaire est négative.

Cette forme de purpura chronique est donc caractérisée par la présence de placards ecchymotiques surtout marqués aux membres inférieurs, reposant sur un fond variqueux et survenus chez un individu âgé et angiosclérеux.

OBSERVATION III

(Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.)
Gaucher et Flurin, mars 1910.
(N° de l'observation classée 1756.)

Mme D..., journalière, âgée de quarante-sept ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri-IV, le

14 février 1910, pour kraurosis de la vulve et éruption purpurique du membre inférieur.

C'est le neuvième séjour que la malade fait dans le service. Nous devons dire que, le plus souvent, c'est le kraurosis vulvaire qui l'a amenée à venir consulter. Mais nous laisserons de côté ce point de son histoire pathologique, pour n'étudier que la seconde affection, le purpura.

Actuellement, la malade présente quelques taches purpuriques sur la face ; mais le purpura occupe surtout la partie inférieure des jambes. Certaines taches y sont d'un rouge assez vif, entourées d'éléments lenticulaires de même coloration et représentent une nouvelle poussée de purpura, datant de quinze jours. D'autres ont un aspect foncé, brunâtre, et témoignent d'une lésion purpurique déjà ancienne. La malade est syphilitique. Le chancre a été constaté en 1902 sur la vulve.

Le 31 *octobre* 1903, la malade entre dans le service avec des plaques muqueuses hypertrophiques vulvaires et de la roséole. L'état général de la malade est précaire : elle est très anémiée par son infection et éprouvée par la misère. On observe, à ce moment, la première éruption purpurique, constituée par de grandes taches confluentes remontant jusqu'aux genoux.

La malade présente des varices du membre inférieur et accuse des douleurs articulaires localisées aux articulations du cou de pied.

C'est au bout de trois mois seulement que l'érup-

tion purpurique tend à disparaître, devenant plus sombre, surtout à la périphérie, où elle prend une coloration jaune.

Le 26 avril 1903, la malade sort de l'hôpital, et, seules, des plaques brunâtres persistantes accusent cette première hémorragie cutanée.

La malade est revenue à l'hôpital à diverses reprises pour nouvelles éruptions purpuriques, le 14 février 1905 et le 4 juillet 1905, le 8 août 1905.

Trois ans se passent alors sans poussée de purpura.

Le 12 *août* 1908, la malade entre à l'hôpital pour une éruption de purpura beaucoup plus grave que les précédentes.

Le purpura ecchymotique est généralisé à tout le corps, prédominant aux membres inférieurs, où il est en pleine évolution. Les taches purpuriques ont des dimensions qui varient entre celles d'une pièce de cinquante centimes et celles d'une pièce de deux francs. Elles sont accompagnées de nombreuses pétéchies. On ne constate pas d'œdème, et la malade n'accuse pas de douleurs articulaires.

Les hémorragies ne sont pas seulement cutanées ; la malade a des hémorragies intestinales très abondantes et répétées qui durent déjà depuis huit jours. Après de violentes coliques, la malade expulse du sang rouge, presque pur, sans débris sphacélés.

Les troubles digestifs sont prononcés ; les vomissements muqueux se répètent. La langue est sabur-

rale. La malade a de vives douleurs épigastriques. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. Pas de fièvre (37°,1). Pas d'albumine.

Sous l'influence du chlorure de calcium, d'injections d'adrénaline, d'applications de glace sur le ventre, les vomissements disparaissent, les hémorragies cessent au bout de vingt jours et la malade sort de l'hôpital guérie de cette grave poussée de purpura.

C'est deux ans après, le 14 février 1910, que la malade revient à Saint-Louis, pour l'éruption actuelle, datant de dix-huit jours, et que nous avons objectivement décrite au début de l'observation.

Son kraurosis vulvaire étant excepté, la malade ne présente aucun accident qui paraisse directement lié à sa syphilis. On ne relève aucun trouble cardiaque, pulmonaire et digestif. Le système nerveux paraît indemne : les réflexes sont normaux et la sensibilité n'est pas troublée. Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines.

Le 16 *avril* 1910, la malade entre pour la dixième fois à l'hôpital, à cause de son kraurosis vulvaire. Il n'y a pas eu de nouvelles poussées de purpura depuis le dernier séjour ; mais, le 18 *avril* 1910, c'est-à-dire deux jours après son entrée, survient une légère éruption purpurique sur les membres inférieurs.

La malade quitte enfin le service le 17 *mai* 1910.

En résumé, plusieurs faits intéressants se dégagent de cette observation : la répétition des érup-

tions purpuriques, la chronicité du purpura et la persistance de placards ecchymotiques surtout marquée aux membres inférieurs. Ce purpura est enfin survenu chez une femme syphilitique, dont le système vasculaire semble particulièrement fragile.

OBSERVATION IV

(Inédite. — N° de l'observation 12,150.)

L... (Eugénie), âgée de soixante ans, fleuriste, entre à l'hôpital le 24 août 1908.

Depuis quatre ans, chaque année, elle a eu plusieurs poussées de purpura simplex, toujours localisé aux membres inférieurs, ne dépassant jamais les genoux.

Chaque poussée est accompagnée, le plus souvent, de douleurs articulaires, généralisées à presque toutes les jointures. Pas de température ni de troubles digestifs concomitants.

Actuellement, on observe une poussée de purpura datant de quatre mois. Les éléments sont en voie de disparition, sauf sur la face antéro-externe de la jambe droite où l'on trouve un groupement de la largeur de la paume de la main, et à la face interne de la jambe gauche où existe un placard analogue.

D'autre part, il existe des symptômes évidents d'angiosclérose, tels que varices superficielles très développées, artères dures, tension artérielle éle-

vée. Il y a un retentissement clangoreux du deuxième bruit aortique.

La malade a fait une hémiplégie droite il y a dix-huit mois. Actuellement, il y a une diminution très marquée de la force musculaire dans tout ce côté du corps.

Enfin, la malade présente de la lithiase rénale avec gravelle.

Traitement au sulfate de quinine et par le repos.

OBSERVATION V

(Inédite. — N° de l'observation 3032.)

G... (Antoine), scieur de bois, âgé de cinquante-quatre ans, entre à l'hôpital le 21 *mai* 1904 pour lésions eczématiformes des deux jambes.

Il a eu un chancre syphilitique en 1890, ne s'est pas soigné et n'a jamais présenté de roséole ni de plaques muqueuses.

Sur le membre inférieur gauche, on constate des lésions eczématiformes de tout le pourtour de la jambe, datant de deux mois. Ce sont des ulcérations irrégulières, à fond légèrement sanieux, au nombre d'une dizaine sur la face interne de la jambe. On voit des papules rougeâtres avec desquamation superficielle et une pigmentation jaunâtre de la peau. Les mêmes lésions, disséminées avec, en plus, des lésions de grattage, remontent jusqu'à la racine de la cuisse.

Mêmes lésions sur le membre inférieur droit, mais beaucoup moins accentuées.

Il y a, en somme, du purpura chronique d'angiosclérose sur les deux jambes et, en plus, sur le dos des mains.

Au niveau du flanc droit, on observe un groupement de macules rougeâtres et de cicatrices blanches arrondies.

Au niveau des avant-bras et de la face postérieure des bras, existent des taches de pigmentation jaunâtres, disséminées.

OBSERVATION VI

(Inédite. — N° de l'observation 15,069.)

B... (Jules), employé des Postes et âgé de trente-cinq ans, entre à l'hôpital le 7 septembre 1909 pour un eczéma des jambes dont le début remonte à trois semaines. Mais il a eu plusieurs poussées de purpura aux membres inférieurs, et l'on est en droit de considérer certains placards eczématiformes, brunâtres, reposant sur des éléments variqueux, comme du purpura chronique de l'angiosclérose.

On note de la lymphagite au niveau des jambes, et une adénite inguinale double. Quelques ulcérations superficielles se sont infectées secondairement.

Nous regrettons de ne pouvoir apporter plus d'observations de ces cas de purpura chronique angio-

scléreux. L'attention, à vrai dire, n'est pas portée depuis très longtemps sur cette forme un peu particulière, et il est vraisemblable que nombreux ont été les cas méconnus que l'on a rapportés à d'anciens eczémas, par exemple, et à la suite desquels la peau prend une coloration rouge brunâtre.

Toutefois, les quelques exemples que nous avons mis sous les yeux, et en particulier les trois premiers cas qui ont fait, d'ailleurs, l'objet de communications, montrent bien que, entre toutes les variétés de purpuras secondaires citées plus haut, le purpura chronique de l'angiosclérose mérite une place à part, grâce à M. le Professeur Gaucher qui en a si bien fait ressortir les caractères.

PATHOGÉNIE DU PURPURA DE L'ANGIO-SCLÉROSE

Nombreuses sont les théories pathogéniques du purpura, ce qui fait qu'en définitive aucune théorie exclusive ne saurait permettre de comprendre le mécanisme de l'éruption.

M. Grenet, dans sa thèse sur « la Pathogénie du Purpura », en 1905, en a fait l'étude critique dans des pages remarquables.

Après avoir montré le rôle de l'infection, puis le rôle de l'intoxication, celui des lésions viscérales, celui des altérations vasculaires, celui des altérations des organes hématopariétiques et du sang pour finir par le rôle des altérations nerveuses, il conclut qu'il n'y a pas de purpura primitif, qu'à l'origine il y a toujours infection ou intoxication, et qu'il faut l'intervention du système nerveux pour en favoriser la distribution, à condition qu'il y ait une altération viscérale surtout hépatique.

Ici, dans la variété de purpura qui nous occupe, il faut faire jouer le rôle principal aux altérations vasculaires. Il s'agit là d'une éruption chronique, constituée par des poussées successives, apparues à dates plus ou moins éloignées, puis se confondant

les unes avec les autres pour donner des plaques brunâtres d'une persistance indéfinie.

Les sujets qui présentent ces éruptions successives sont, en général, âgés. Ce sont des individus présentant presque toujours des varices superficielles et profondes, présentant quelquefois de la néphrite chronique, ayant des artères dures, sinueuses, dilatées par endroits. Ce sont, pour la plupart, des artérioscléreux.

Sous l'influence de l'effort et peut-être du système nerveux, il se produit une dilatation d'abord, puis une rupture de capillaires sclérosés, avec épanchement de sang.

Comme ce sont toujours les jambes qui sont atteintes les premières par les dilatations variqueuses, il est facile de présumer que c'est là que se feront les premières ruptures de ces capillaires, et que c'est là qu'apparaîtra d'abord la pigmentation caractéristique du purpura chronique.

D'ailleurs, nous connaissons bien et nous voyons fréquemment les sujets porteurs de varices datant de longue date présenter aux jambes cette coloration brunâtre semblable à celle du purpura chronique, et dont la cause est la même.

Mais nous devons nous demander comment va évoluer ce sang épanché et quelles sont les diverses transformations locales qu'il va subir.

A ce propos, nous ne pourrons mieux faire que de nous rapporter au travail très intéressant de MM. Gaucher et Joltrain qu'a publié, le 10 octobre 1909, le *Journal de Médecine interne.*

La *biligénie* est un fait actuellement démontré par MM. Chauffard, Widal et leurs élèves. On avait vu, d'ailleurs, depuis longtemps que l'injection dans le sang d'hémoglobine, d'acides biliaires, d'une grande quantité d'eau distillée ou de produits toxiques comme le phosphore, faisait apparaître de la bilirubine, pigment normal, dans les urines.

Le sang extravasé dans une ecchymose disparaît peu à peu par oxydation, et, à la place de la coloration rouge due à l'hémoglobine, matière colorante du sang, on observe des teintes bleuâtres, puis jaunâtres, rappelant les cercles de la réaction de Gmelin sur une urine contenant des pigments biliaires.

Nous savons de plus que certains agents réducteurs peuvent transformer *in vitro* le pigment sanguin en urobiline, pigment anormal qu'on trouve dans l'insuffisance hépatique.

Langhans a retrouvé de la bilirubine dans les extravasions sanguines, et, pour M. Hayem, l'hémoglobine peut se transformer en urobiline dans les liquides hémorragiques pleuraux et abdominaux, et même au niveau des ecchymoses, sans que la matière colorante passe par l'état de bilirubine.

Ces constatations, et plusieurs autres recherches dont nous avons omis de parler, ont amené MM. Gaucher et Joltrain à étudier, dans le cas typique de purpura angioscléreux généralisé, les transformations locales de l'hémoglobine, les propriétés du

sérum sanguin, l'état du lobule hépatique et les urines de pigments modifiés.

Ils trouvèrent ainsi à plusieurs reprises, dans le sérum et les urines, une assez grande quantité d'urobiline. L'augmentation d'urobiline était très nette au moment où le sujet malade accusait une nouvelle poussée de taches purpuriques, et même au moment de cette poussée, ils trouvèrent des pigments biliaires.

En somme, si les pigments biliaires ne sont pas constants, du moins il y a toujours eu urobilinhémie, accompagnée d'une urobilinurie abondante.

Le malade sur lequel ont surtout porté ces considérations, et dont nous avons relaté plus haut l'observation (voir observation n° II), n'a jamais eu de coloration de la peau, n'a jamais présenté d'insuffisance hépatique, malgré toutes les épreuves pratiquées chez lui.

On ne peut donc expliquer l'urobilinhémie et l'urobilinurie constatée chez ce malade que par la transformation directe au niveau des taches purpuriques d'hémoglobine en urobiline.

Le liquide d'œdème, retiré au niveau des taches violettes qu'il présentait sur les jambes, a révélé, en effet, la présence d'une certaine quantité d'urobiline, et la réaction de Gmelin pour la recherche des pigments biliaires a été localement positive.

Nous ne voulons pas terminer cette relation, très incomplète à notre sens, sur le purpura chronique angioscléreux, sans signaler le rapprochement évident qu'il en faut faire du purpura sénile.

Le purpura sénile est une forme d'hémorragie cutanée particulièrement fréquente sur les extrémités supérieures. Les pétéchies qui le caractérisent occupent d'ordinaire le dos de la main et la face postérieure des avant-bras. Nous avons pu en constater de nombreux cas en fréquentant les salles du service de M. le Professeur Marie à l'Hospice de Bicêtre.

Ce purpura est presque sans aucun doute dû à la fragilité des vaisseaux capillaires dégénérés et sclérosés.

Une localisation surtout paraissait assez fréquente. C'était celle de la « gouttière anatomique ». Les plus récentes d'entre ces taches formaient de petites macules arrondies ou ovales, de coloration violette. Quelquefois, elles se réunissaient pour former une surface hémorragique assez notable.

Avec le temps, ces taches violettes se transformaient en taches brunes indélébiles, tout comme dans le purpura de l'angiosclérose.

Les sujets porteurs de ces taches avaient presque tous dépassé la soixantaine, avaient des artères dures et sinueuses, et présentaient une tension artérielle assez élevée, comprise entre 18 et 20 degrés du sphigmomanomètre Potain.

TRAITEMENT

Existe-t-il un traitement particulier au purpura chronique de l'angiosclérose ? Il est évident que non. Le traitement est celui de tous les purpuras ; il faut envisager la maladie causale.

Au moment de la poussée éruptive, il faudra conseiller le repos horizontal. On prescrira à l'intérieur, comme le formule le Professeur Gaucher, le tannin à la dose de 40 à 60 centigrammes ou l'extrait de ratanhia à la dose de 4 grammes par jour.

Les acides sous forme de jus de citron mélangé à de l'eau sucrée, de limonade lactique ou de limonade sulfurique donnent de bons résultats.

Le sulfate de quinine combiné à la balnéation froide, dans les formes infectieuses fébriles, rend de très grands services.

Mais il est bien certain que toute médication ne pourra faire disparaître les plaques brunâtres du purpura chronique. Ces dernières sont indélébiles, et aucun agent thérapeutique ne pourra avoir là de l'effet.

Comme traitement causal, nous pensons que l'iodure de potassium, administré chaque jour en petite quantité, pourrait être de quelque efficacité.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Le purpura chronique de l'angiosclérose doit être compris dans la grande division clinique des purpuras secondaires ou symptomatiques.

C'est une affection constituée par des poussées éruptives successives, à intervalles plus ou moins éloignés, se confondant les unes avec les autres pour donner des plaques bleuâtres dont la persistance est indéfinie.

Les membres inférieurs sont toujours les premiers atteints, en raison de l'action mécanique de la pesanteur ; mais l'affection peut porter plus haut et, parfois, se généraliser.

La cause de ces suffusions sanguines est la rupture des vaisseaux capillaires dermiques atteints de sclérose, après dilatation de ces mêmes vaisseaux.

C'est une manifestation cutanée qu'on ne peut attribuer en particulier ni à la phlébo, ni à l'artériosclérose, mais à la sclérose des petits vaisseaux, d'une manière générale.

Il y a, dans les taches purpuriques, destruction locale de l'hémoglobine et transformation de l'hémoglobine en urobiline et en pigments biliaires, et production dans la peau, au niveau des taches

de purpura, d'un véritable ictère hémolytique local.

Le sang et les urines recueillent ces pigments transformés, et l'analyse de ces humeurs montre la présence d'urobiline et, au moment des poussées de purpura, la présence d'urobiline et de pigments biliaires.

Le purpura chronique de l'angiosclérose est une affection assez rare, mais dont le diagnostic s'impose en raison des caractères particuliers qu'il présente. Il est, le plus souvent, l'apanage d'individus âgés, présentant une fragilité particulière des petits vaisseaux, se rompant sous l'influence du moindre choc, du moindre excès de pression, d'individus atteints, pour la plupart, d'artériosclérose.

Le pronostic en soi est assez bénin, et s'il n'y a pas, en même temps que ces hémorragies cutanées, des hémorragies des muqueuses, la vie n'est nullement en danger.

Vu, le Président :
E. GAUCHER.

BIBLIOGRAPHIE

Du Castel. — Des diverses espèces de Purpura. Thèse d'agrégation, 1883.

F. Froin. — Hématolyse pigmento-biliaire et cellule hépatique. (Gazette des Hôpitaux, 18 janvier 1906).

F. Froin. — Hématolyse anormale. (Soc. Biologie, 6 janvier 1906, p. 10).

Gaucher. — Traité des Maladies de la Peau, tome II (1898), p. 370.

Gaucher. — Maladies de la Peau (du Traité de Médecine, 1909), p. 73.

Gaucher et Barbe. — Purpura. (Traité de Médecine et de Thérapeutique, t. III).

Gaucher et Lacapère. — Société Médicale des Hôpitaux (26 avril 1901).

Gaucher et Joltrain. — Journal de Médecine Interne (10 octobre 1909).

Gaucher et Flurin. — Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie (mars 1910).

Grenet. — Pathogénie du Purpura. Thèse. Paris 1905.

Orion. — Des lésions des artères dans le purpura hémorragique. Thèse. Paris 1877.

F. Widal, P. Abrami et M. Brulé. — Les ictères d'origine hémolytique. (Archives des Maladies du cœur) avril 1908.

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.